

N° 4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1878

THÈSE

N° 214

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 27 Mai 1878, à 1 heure

PAR T.-S. TAKVORIAN

Né à Constantinople (Turquie), le 1^{er} août 1848,
Externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de l'Assistance publique.

DE LA

PÉRIOSTITE DITE ALBUMINEUSE

Président de la Thèse: M. VERNEUIL, Professeur.

Juges: MM. { BOUCHARDAT, Professeur.
 { TERRIER, Agrégés.
 { GRANCHER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

TYPOGRAPHIE MALVERGE ET DUBOURG

41, rue du Cardinal-Lemoine, 41

1878

427970674-4^h

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. VULPIAN.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ TRELAT
Pathologie chirurgicale	{ GUYON
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	{ SEE (G.).
	{ LASEGUE.
Clinique médicale	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ BALL.
	{ RICHET.
	{ GOSSELIN.
Clinique chirurgicale	{ BROCA.
	{ VERNETIL.
Clinique d'accouchements	{ DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE: M. WURTZ.

Professeurs honoraires:

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHANTREUIL.	FERNET.	MARCHAND.
BERGER.	CHARPENTIER.	GAY.	MONOD.
BERGERON.	DELENS.	GRANCHER.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DIEULAFOY.	HAYEM.	POZZI.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	DE LANESSAN.	RIGAL.
BOURGOIN.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT.	FARABEUF.	LEGROUX.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N.
— des maladies des enfants.	N.
— des maladies mentales et nerveuses	N.
— de l'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires	N.
— des maladies syphilitiques.	N.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire: A. PINET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Regrets éternels.

A MON EXCELLENT PÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE SOPHIE ET A MON FRÈRE

A MM. MADAME ET KEVORK BEY
KARAKÉHIAY ET M. AGOPIAN

En vous remerciant publiquement de la bienveillante sympathie que vous avez eue pour moi, je ne fais que remplir un devoir de mon cœur. J'espère pouvoir prouver, dans l'exercice de ma carrière, que je l'avais mérité, et que vos encouragements n'ont pas été inutiles. A vous donc mes remerciements sincères, et à ma patrie mon inaltérable dévouement.

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS-REGRETTÉ ONGLE

KEVORK TAKVORIAN

Docteur en médecine de la faculté de Paris, mort à
Constantinople.

Témoignage de reconnaissance et de vifs
remerciements.

A MES AMIS

STÉPAN EFFENDI MÉLIK

Premier secrétaire de l'ambassade de Turquie, à Athènes

VAHAN EFFENDI

Docteur en médecine

MEYNERDITCH MUHINDIS

Ingénieur civil

A LA MÉMOIRE DE MON TRÈS-REGRETTÉ ILLUSTRE

MAITRE

LE PROFESSEUR DOLBEAU

A M. TERRIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine
de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié, etc., etc.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE LA

Périostite dite albumineuse

INTRODUCTION.

Alors que j'étais externe dans le service de mon très-regretté maître le professeur Dolbeau, suppléé par M. Terrier, un cas extrêmement curieux d'inflammation de périostite, et dont je n'avais jamais vu d'exemple, a été le point de départ de mes recherches ; j'ai pu ajouter à mon travail deux observations antérieures à la mienne : l'une due à M. le professeur Ollier, de Lyon ; l'autre, inédite, due à M. le Dr Cazin, chirurgien de Boulogne-sur-Mer. Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour remercier publiquement M. le professeur Ollier pour les renseignements qu'il m'a fournis, M. le Dr Cazin pour son extrême obligeance, et surtout mon cher maître, M. Terrier, qui m'a dirigé dans la rédaction de ce travail.

L'affection dont je me suis occupé ici est rare, et il n'y a que peu de temps qu'elle a été étudiée pour

la première fois par M. Ollier. Notre but a été, non pas de faire une description complète de cette maladie, mais d'essayer de combler une lacune dans l'histoire des phlegmasies de périoste et de rassembler les quelques cas analogues à celui que j'ai pu observer à l'hôpital Beaujon ; nous espérons pouvoir ainsi faciliter la tâche à nos successeurs, auxquels il restera encore beaucoup de points obscurs à élucider, tels que : l'anatomie, la physiologie pathologiques, et surtout le diagnostic.

La division de notre travail comprendra quelques mots sur l'historique de la question, des chapitres spéciaux sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, les symptômes, le diagnostic, le pronostic, la pathogénie et le traitement. Nous terminerons par la relation des quelques observations que nous avons pu recueillir sur cette singulière affection.

HISTORIQUE.

En parcourant les divers ouvrages de chirurgie classiques, anciens ou modernes, et les traités des maladies des os, on ne trouve aucune description qui se rapporte à la variété de périostite que nous allons étudier. M. Ollier paraît donc avoir été le premier qui, en 1874 (1), ait appelé l'attention des

(1) Poncet. Gaz. hebd. de chir. et de méd., 1874, p. 133.

chirurgiens sur cette affection si curieuse et si rare, à laquelle il donna le nom de *périostite albumineuse*. L'observation de M. le D^r Cazin, que nous publions à la fin de notre travail, date, il est vrai, de 1864, mais cet auteur, n'ayant eu connaissance d'aucun fait analogue, n'avait pas cru devoir la publier comme un exemple d'une affection spéciale du périoste. Quant à ma propre observation, qui date de 1876, M. Terrier, qui remplaçait alors le professeur Dolbeau, fut frappé de cette forme particulière d'affection osseuse, et après hésitation, il crut devoir la rapporter à une périostite albumineuse (1); lorsque M. Dolbeau reprit son service, M. Terrier lui fit part de son observation, le savant chirurgien de l'hôpital Beaujon approuva son diagnostic et lui déclara avoir observé un fait analogue, qui malheureusement n'a pas été publié. Depuis sa première observation, M. Ollier (2) a rencontré plusieurs cas semblables, il doit en faire le sujet d'un travail spécial qui paraîtra ultérieurement. Tel est, en quelques mots, tout ce que nous avons pu trouver sur cette question.

(1) Un résumé de cette observation a été communiqué tout récemment à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 avril 1878.

(2) Communication écrite de M. Joseph Guillard, interne de M. Ollier.

DÉFINITION.

Sous le nom de périostite albumineuse, M. Ollier désigne une forme de périostite, non décrite jusqu'ici, caractérisée anatomiquement par l'accumulation sous le périoste et dans les couches périostales d'un liquide visqueux, filant, albuminoïde, transparent, analogue à la synovie.

Ces collections d'origine inflammatoire donnent à cette maladie une physionomie à part, elles en font une affection distincte, soit au point de vue anatomo-pathologique, soit au point de vue clinique.

Une confusion qui pourrait être commise par les chirurgiens serait d'entendre par le mot de périostite albumineuse les périostites qui pourraient survenir chez les albuminuriques. L'affection qui nous occupe est une périostite avec développement d'une collection liquide; seulement, au lieu d'être du pus, c'est un liquide particulier, de nature albumineuse filant comme du blanc d'œuf; elle s'observe toujours chez les jeunes gens (le plus âgé avait 22 ans); de préférence, mais non fatalement dans les ostéites juxta-épiphysaires; elle se développe presque toujours au fémur et à l'humérus, quelquefois au bassin; M. Ollier a observé deux cas où la collection s'est développée dans le pli de l'aîne.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Si on fait une ponction dans la tumeur avec un trocart capillaire, si, avec un appareil aspirateur, on vide le contenu de la poche, on retire un liquide filant, albumineux, transparent, habituellement un peu verdâtre, parfois légèrement teinté par le sang qui s'écoule des parois du foyer ; mais ce qui distingue surtout ce liquide, c'est sa viscosité, qui le rend comparable à du blanc d'œuf ; ajoutons la présence fréquente, pour certaines formes, de gouttelettes de graisse en plus où moins grande abondance, rappelant l'aspect de bouillon gras. Mais quelquefois le liquide n'est ni filant, ni visqueux (obs. de Lannelongue et la mienne). Lorsque le liquide a séjourné pendant quelques heures dans un vase, on voit les diverses parties qui le constituent former, suivant leur densité, plusieurs couches d'aspect différent, quelquefois à peine distinctes, d'autres fois très-marquées.

D'après ce que m'a écrit M. Juillard, interne de M. Ollier, son maître conserve deux ou trois flacons de ce liquide albumineux d'une limpidité parfaite, quelquefois jaunâtre ou même un peu louche très-albumineux, et plus ou moins fluorescent, comme d'ailleurs presque tous les épanchements d'apparence sérieuse.

Une analyse faite jadis par M. Kastus, professeur à la Martinière, fit reconnaître dans ce liquide une grande quantité d'albumine, d'abondantes gouttelettes huileuses qui ont été comparées aux yeux de bouillon gras et qui seraient d'autant plus nombreuses que la périostite s'accompagne quelquefois d'ostéomyélite; ce liquide contient, en plus, une quantité considérable de carbonate, et surtout de phosphate de chaux, ce qui fait que M. Ollier compare cet épanchement à *un cal liquide*.

On aperçoit, au fond du vase, de petits flocons fibrineux mêlés de leucocytes, de globules rouges en grand nombre; ce sang peut provenir des bords de la plaie; il peut être en assez grande quantité pour que, mélangé au liquide, il lui donne une teinte sanguinolente. Parfois, le liquide a présenté une coloration verdâtre qui est également due à la présence des globules rouges décolorés, mais, dans ce cas, le mélange s'est produit dans la poche et en dehors de toute intervention chirurgicale.

Le liquide qui constitue la collection se divise en trois couches; on n'y voit qu'une partie visqueuse, filante, qui donne à tout le liquide cette apparence albumineuse, et qui peut, en se refroidissant, devenir plus ferme et même se coaguler (1). La partie la plus dense de cette matière albumineuse se sé-

(1) Ce serait dû à l'existence de la plasmine coagulable (Verneuil).

pare peu à peu de la sérosité qui surnage, de sorte qu'il y a comme un coagulum incolore, mais un peu opalin, surmonté par une sérosité plus claire, à la surface de laquelle nagent des gouttelettes huileuses, qui, comme nous l'avons déjà dit seraient le résultat de l'inflammation des espaces médullaires.

Cette superposition de couches, fait remarquer M. Ollier, existerait aussi dans l'épanchement sous-périostique, ainsi qu'il a pu s'en assurer plusieurs fois en ponctionnant la tumeur.

Le liquide ainsi constitué s'observe surtout dans la périostite albumineuse aiguë, toutefois, ses caractères varient avec le degré de la maladie et avec le nombre des ponctions.

On peut, en effet, distinguer deux variétés de périostite, suivant que la lésion est bornée au périoste seul, ou qu'elle s'est étendue aux autres éléments de l'os.

Dans le premier cas, l'exsudat est transparent, visqueux, ne contenant pas de gouttelettes d'huile; dans l'autre, au contraire, l'inflammation s'étant étendue aux espaces médullaires du tissu spongieux de l'extrémité de la diaphyse et peut-être même ayant pénétré dans le canal central, de larges gouttelettes graisseuses nagent à la surface du liquide (Ollier).

Ponctionne-t-on à plusieurs reprises la tumeur

dans le cours de la maladie, le liquide subit des modifications importantes ; et si parfois la résolution s'opère dans d'autres circonstances, la suppuration survient ; le liquide perd alors sa transparence et devient de plus en plus trouble, en même temps qu'il est moins visqueux, puis il paraît séropurulent, enfin, l'inflammation continuant, on ne trouve bientôt plus que du pus. A ce moment, un stylet introduit par la plaie peut conduire sur l'os dénudé, ordinairement sur une petite étendue ; en même temps que l'épanchement sous-périostique se produit, le périoste soulevé se détache de l'os, et, probablement par suite des modifications qu'y apporte l'inflammation, se laisse distendre. Lorsque la résolution n'a pas lieu, on comprend que des parcelles osseuses puissent se nécroser et entretenir par leur présence une suppuration de longue durée ; c'est alors que, si l'inflammation revêt une marche aiguë, l'articulation voisine peut être envahie par la maladie.

Il ne faut pas croire cependant que dans tous les cas de périostite albumineuse, se terminant ou non par suppuration, un stylet qui pénètre par le trajet fistuleux arrive sur l'os dénudé ; la collection de liquide peut-être, en effet, séparée de l'os par une couche granuleuse, formée aux dépens des éléments médullaires qui se trouvent à la surface de l'os des jeunes sujets, et qui constituaient la cou-

che ostéogène, en se continuant avec les éléments médullaires du canon de Havers ; chez la malade de M. Terrier, par exemple, on n'a jamais pu arriver jusque sur l'os dénudé, il en est de même dans les observations de M. Lannelongue et dans le fait que j'ai recueilli dans le service du professeur Gosselin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons à examiner deux points fondamentaux : 1^o le liquide ; 2^o la cavité qui le renferme. Quant au liquide, je crois en avoir fourni une description suffisante dans le chapitre précédent.

Les explications que je vais donner au sujet du développement de la cavité kystique sont certainement incomplètes, malheureusement ; malgré tous les efforts des chirurgiens, on n'a pu donner qu'un aperçu théorique de son évolution ; toutefois, M. Lannelongue, en 1877, le 7 avril, a eu l'occasion, après avoir fait une amputation de la cuisse, d'étudier sur la pièce anatomique l'altération de la poche.

Après avoir incisé crucialement la cavité kystique, il fut facile de reconnaître qu'elle n'avait rien de commun avec la peau. Elle partait du périoste qui formait la paroi profonde ; cette membrane isolée de l'os à quelque distance de la tumeur, ne révélait aucune hypérostose, et lorsque les lambeaux du périoste relevés et disséqués arrivèrent sous la

collection, tout fut trouvé normal : pas de dépression osseuse, pas d'ostéite, pas d'hypérostose. La paroi du kyste se compose d'une membrane dont la face interne est rouge, tomenteuse, très-vasculaire ; des crêtes comparables en petit à celles de la face interne de l'intestin grêle la sillonnent et, quand on détache une de ces crêtes, on n'arrive pas sur l'os, mais il reste encore une mince couche de périoste adhérent comme de coutume. L'examen histologique de cette paroi a été fait par M. Déjerine au laboratoire de M. Vulpian. M. Déjerine nous a confirmé que le périoste a la même texture que dans les parties voisines, plus aminci seulement.

Il existe deux théories qui expliquent diversement les différentes phases de la maladie : dans la première, on prétend que le liquide et, par conséquent, la poche kystique, se forment en dehors de la couche périostique, dans une atmosphère de tissu lamineux ou fibreux, n'ayant aucune communication avec le périoste.

Un travail qui a été fait dernièrement par M. Duplay (1), sur la *périostite externe*, périostite caractérisée essentiellement par une inflammation de la couche externe du périoste, sans aucun retentissement du côté de la couche ostéogénique, viendrait à l'appui de cette manière de voir, d'ail-

(1) Congrès médical de Genève, 1877.

leurs confirmée en partie par l'autopsie de M. Lannelongue.

Dans la seconde théorie, on prétend que la maladie s'est développée essentiellement dans le périoste lui-même, c'est toute la membrane qui serait envahie; quelquefois même par suite de la propagation de l'inflammation, l'os peut s'exfolier. M. Ollier penche vers cette seconde théorie.

Cette inflammation périostique paraît avoir jusqu'à ce jour passé inaperçue; elle offre cependant des particularités remarquables et doit prendre rang dans la nosologie du tissu osseux. Bien que toutes les sérosités méritent, par leur constitution chimique, le nom de liquide albumineux, M. Ollier a attribué, faute de mieux, ce qualificatif à la périostite dont nous parlons. Sous le périoste, en un point quelconque de la diaphyse, il peut se former des collections d'un liquide analogue à la synovie, mais ces collections apparaissent surtout aux extrémités épiphysaires, (chez la malade de M. Terrier cependant, la lésion siégeait à la partie moyenne de la diaphyse), et jusqu'à présent, M. Ollier les a observées, à peu près exclusivement chez les enfants avant la soudure des épiphyses.

L'épanchement est primitivement sous-périostique, mais la collection liquide peut être située en dehors du périoste, par suite de l'extension exces-

sive de cette membrane et des éraillures qui en sont la conséquence.

SYMPTOMATOLOGIE.

Cliniquement parlant, il n'y a pas de signe caractéristique de cette affection, néanmoins il ne faut pas que le chirurgien se croit dans l'impossibilité de formuler un diagnostic, on arrive très-facilement, en effet, à reconnaître la nature de la maladie, c'est la ponction exploratrice. J'y reviendrai en abordant le diagnostic.

Il est certain cependant que le praticien qui n'a jamais vu de périostite albumineuse pourra se trouver très-embarrassé.

Pour faciliter l'étude de la symptomatologie, je l'ai divisée en deux parties : 1^o l'examen des signes locaux, comprenant l'inspection du membre malade, son exploration par le palper ; 2^o l'examen des signes fournis par l'état général.

1^o Par l'inspection, on observe que tantôt le membre malade conserve son aspect normal, tantôt la peau est d'un rouge clair uniforme et quelquefois luisante et tendue, ce qui peut simuler un phlegmon aigu ; dans certains cas, le membre est tuméfié ; d'autres fois, il est tendu et lisse.

Dans quelques circonstances, le côté malade offrait une élévation de température, comparativement au côté sain ; enfin, par la palpation, on se rend parfaitement compte d'une augmentation

notable de volume du membre, notamment du squelette de la région.

En continuant l'exploration, on recherche si, dans les couches superficielles et profondes, il existe une collection liquide; une pression méthodique, faite avec la main sur la partie malade, donne la sensation d'un flot de liquide qui vient soulever la main opposée; c'est de cette façon que l'on constate la fluctuation.

Mais la maladie ne présente pas toujours ce cachet, et alors elle s'accompagne d'autres phénomènes qui sont: la douleur, d'abord sourde, tantôt siégeant dans le foyer d'inflammation (obs. de M. Ollier), d'autres fois s'irradiant le long du membre (obs. de M. Terrier); le caractère de la douleur est important à signaler: elle peut-être lancinante, augmentant par le refroidissement; d'autres fois elle est continue, avec exacerbation, son maximum d'intensité siége en dehors du membre (obs. I); le palper la réveille toujours, et elle peut être tellement intense que les malades ne peuvent ni marcher ni s'asseoir, s'il s'agit du membre pelvien. Si le membre thoracique est affecté (ce qui est fréquent), alors il y a tout simplement une douleur plus ou moins vive du segment malade, qui peut cependant gêner les mouvements de tout le corps par suite de son intensité.

La douleur augmente souvent la nuit; d'autres

fois elle est plus ou moins persistante et devient pertébrante à mesure que la tuméfaction augmente ; elle diminue surtout lorsque le malade se trouve dans l'apyrexie.

2^o Dès le début de la maladie, la fièvre s'allume ; on constate un degré de différence avec le côté sain, quelquefois 2 et même 3 degrés centigrades ; dans d'autres cas la température monte jusqu'à 40 degrés ; mais heureusement cet état, fébrile ne persiste pas pendant la durée de la maladie ; il y a des interruptions assez marquées. Quelquefois le malade se trouve dans l'apyrexie complète (obs. de Lannelongue et la mienne), surtout dans la forme chronique.

Dès le début, le malade éprouve un engourdissement caractéristique du membre, il présente une lourdeur de tête accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements de matières alimentaires ; outre cela, il éprouve des frissonnements continuels ; d'autres fois il a de l'insomnie. Lorsque la maladie est confirmée et qu'elle siège aux membres inférieurs, la marche devient impossible ; quelquefois cependant le malade peut parfaitement marcher, malgré la déclaration de la maladie (obs. personnelle). Si la collection albuminoïde passe inaperçue, elle finit par s'abcéder, et le malade éprouve un frisson intense dû probablement à la résorption septique ; toujours est-il

qu'à la longue le segment du membre malade augmente de volume; il survient de la rougeur, de la tuméfaction sans bosselure, et, dans les parties profondes, on perçoit l'existence d'une tumeur allongée, elliptique, formée par la collection liquide.

Celle-ci, envahissant du centre vers la périphérie, refoule les parties molles, arrive sous les téguments, les ulcère et se fait jour au dehors, donnant lieu à un écoulement, soit de pus, soit de liquide filant; il se produit alors, au niveau de la solution de continuité, un trajet fistuleux qui se tarit très-difficilement; cette fistule peut donner issue à des parcelles osseuses nécrosées (obs. I), d'autres fois, il ne sort pas de débris osseux (obs. II); si on introduit un stylet dans ce trajet fistuleux, on arrive quelquefois jusqu'à l'os dénudé (obs. I); d'autres fois, le stylet ne pénètre pas jusqu'au squelette osseux (obs. II). Après l'ouverture spontanée ou artificielle, la tuméfaction et l'induration persistent, le membre présente de l'œdème; en y appliquant la main, on sent très-facilement l'hypertrophie de l'os, hypertrophie siégeant sur toute la diaphyse ou seulement sur l'extrémité épiphysaire. D'après le professeur Gosselin, l'ouverture spontanée de cette collection albumineuse ne serait pas fatale, et la suppuration de la pseudocavité kystique succéderait à une intervention

chirurgicale comme la ponction, l'incision, etc.; telle n'est pas, comme nous venons de le voir, l'opinion du professeur Ollier. L'augmentation considérable et rapide de la collection liquide observée dans un cas par M. Terrier fit penser à ce chirurgien qu'une intervention active était absolument indiquée, et pour diminuer les douleurs et pour éviter une diffusion de liquide dans toute la région postérieure de la cuisse.

Diagnostic. — Le diagnostic de la périostite albumineuse est presque impossible, avons-nous déjà dit, sauf l'emploi d'un moyen d'exploration qui consiste à pratiquer une ponction avec un trocart capillaire muni ou non d'un appareil aspirateur.

Je n'insisterai pas longtemps sur les signes de la maladie qui m'occupe; je crois les avoir assez développés dans la symptomatologie. Ce chapitre traitera seulement du diagnostic différentiel, et surtout de l'examen des caractères du liquide contenu dans la poche kystique, caractères déjà étudiés avec détails dans le chapitre consacré à la physiologie pathologique.

La périostite albumineuse survient donc pendant la période de croissance, elle a pour siège le plus habituel cette portion renflée de la diaphyse que l'on a nommée juxta-épiphysaire et qui com-

prend tout le tissu spongieux, voisin du cartilage qui s'étend depuis la fin du canal médullaire jusqu'au cartilage d'accroissement;

L'activité physiologique de ce tissu, son évolution incessante pendant l'accroissement du squelette nous explique, dit le professeur Ollier, la fréquence des lésions inflammatoires ou des néoplasmes qui s'y produisent, et par cela même, rendent compte de ce lieu d'élection de la périostite albumineuse.

Cette dernière occupe même de préférence l'extrémité diaphysaire qui prend, d'après la loi de M. Ollier, la plus grande part à l'accroissement de l'os, c'est ainsi qu'il l'a observée, surtout à l'extrémité inférieure du fémur et à l'extrémité supérieure de l'humérus (1) (voy. pour l'accroissement d'un os long par ses deux extrémités, Traité expérimental et clinique de la régénération de l'os par M. Ollier).

La maladie peut revêtir deux formes, elle peut être *aigue*, *subaigue* ou *chronique*, tantôt elle envahit l'extrémité épiphysaire, c'est le cas le plus fréquent (Ollier), tantôt la partie diaphysaire de l'os (obs. II); elle peut commencer par la couche superficielle du périoste, d'autres fois par la partie profonde de cette membrane. Le siège le plus

(1) Ollier. Régénération des os, 1 vol., 1867, p. 349.

habituel pour le membre thoracique est l'extrémité épiphysaire; l'affection atteint plus rarement le membre pelvien, cependant il en existe quelques cas dans la science (obs. II) : un cas cité par M. Ollier et mon obs. personnelle. Si la périostite affecte la forme subaiguë, le malade éprouve une douleur sourde, et si la maladie siège au membre abdominal, la marche devient difficile, le malade boîte.

En appliquant le thermomètre, on observe un mouvement quasi-fébrile; d'autres fois il n'existe pas (obs. personnelle).

La partie affectée présente tantôt une coloration normale de la peau, tantôt une rougeur inflammatoire; de plus, on constate dégonflement, et le malade lui-même s'aperçoit de l'augmentation du volume de son membre, si l'affection revêt la forme aiguë. Le premier phénomène qu'on peut observer, c'est l'élévation considérable de la température, qui peut aller jusqu'à $40^{\circ},2$; mais fort heureusement, d'après M. Ollier, cet état fébrile dure à peine quatre ou cinq jours; le malade entre ensuite dans la période d'apyrexie complète. Le membre présente une tuméfaction considérable, le malade éprouve des douleurs profondes avec exaspérations nocturnes, la peau est parfois rouge, tendue, œdématisée, ce qui peut simuler un phlegmon aigu. Pour éviter cette erreur, le chi-

rurgien doit surtout insister sur les antécédents du malade et prendre en considération la marche de la maladie, car la périostite albumineuse est une maladie essentiellement chronique, tandis que le phlegmon est une maladie aiguë; dans la périostite, la fièvre tombe dès le premier septenaire (Ollier), elle persiste plus longtemps dans le phlegmon.

La douleur augmente à la pression, la fluctuation finit par devenir manifeste, cette tuméfaction, ce gonflement, en un mot, cette masse indurée, s'abcède; tantôt l'ouverture cutanée donne issue à du pus louchle, d'autres fois à un liquide filant, visqueux, puis il reste un trajet fistuleux qui laisse suinter alors du vrai pus.

Ce trajet fistuleux persiste pendant presque toute la durée de la maladie; tantôt il donne issue à des productions osseuses (obs. n° 1); d'autres fois il n'y a pas élimination de séquestres (obs. 2 et 3); quelquefois on pénètre avec un stylet dans le foyer de l'os malade (obs. 1 et 3), et d'autres fois on n'arrive jamais sur une ponction d'os exfolié (obs. 2 et personnelle).

Quelles sont les maladies qu'on peut confondre avec la périostite albumineuse?

En première ligne : la *synovite aiguë* de l'une des articulations des membres supérieur et inférieur. En voici un exemple : Dans un cas de pé-

riostite albumineuse de la portion juxta-épiphysaire inférieure du fémur, chez un enfant de 13 ans, M. Ollier, se basant sur les signes sus-indiqués, diagnostiqua une collection sous-périostique qu'il ouvrit au bistouri. Il s'écoula immédiatement un liquide ressemblant tellement à la synovie que l'assistance crut que l'articulation était ouverte; il n'en était rien heureusement. Ce malade a été suivi pendant plusieurs années, et l'articulation est toujours restée indemne. Au membre inférieur on pourrait encore confondre cette affection avec une névralgie sciatique, comme nous le voyons pour la malade de l'obs. 2, qui fut soignée longtemps pour une sciatique; le diagnostic différentiel est très-simple. Dans la sciatique, on constate des points douloureux situés sur le trajet du tronc nerveux, ce qui permet au malade de tracer la direction du nerf aussi exactement que le ferait le meilleur anatomiste, tandis que, dans la périostite albumineuse, l'affection n'a aucun rapport avec le nerf sciatique, et tout le trajet du nerf, depuis l'échancrure sciatique jusqu'aux orteils, est parfaitement indemne.

Le diagnostic doit encore être fait avec une arthrite hydropique renfermant de la synovie, ou bien avec l'inflammation d'une gaine tendineuse qui communique avec une articulation adjacente, comme celle de la longue portion du biceps. Il se-

rait absurde de vouloir appliquer à ces tumeurs ce qu'on fait pour l'hydrocèle, de rechercher la transparence : il suffit, en effet, de se rappeler que ces collections sont toujours sous-aponévrotiques et entourées de masses charnues assez considérables; ce qui confirme le diagnostic, *c'est la présence*, après la ponction ou l'incision, d'un certain gonflement de l'os; enfin un examen attentif de la région permettra presque toujours d'éviter l'erreur.

Les hydropisies du diverticulum articulaire sont des affections chroniques, elles ont de plus un siège déterminé, ou au genou, sous le triceps, ou dans le creux poplité, à l'épaule, au niveau du tendon du biceps. Leur forme est celle du diverticulum avec des dimensions exagérées, de plus elles sont parfois réductibles; pour ce qui concerne les tumeurs des gâines tendineuses, leur siège, leurs rapports, leur marche, leurs développements seront des éléments du diagnostic. Quant à l'arthrite (1), avec laquelle la périostite albumineuse, vu son siège, peut être le plus facilement confondue, il est deux signes qui rendent le diagnostic certain: la possibilité d'imprimer des mouvements au membre, et le maximum de la douleur provoquée située à distance de l'articulation; notons, de plus,

(1) Ce que nous disons ici ne s'applique pas, bien entendu, à l'articulation de la hanche ou du coude, car l'extrémité diaphysaire du fémur ou du cubitus, se trouvant incluse dans le sac synovial, ne peut s'enflammer sans arthrite concomittante (Poncet).

une tuméfaction variable de l'os, qu'on appréciera facilement lorsque le gonflement des parties molles aura diminué. Ce sont là les signes précieux qui permettront au chirurgien d'éviter toute espèce d'erreur.

Pour terminer le diagnostic, il nous reste à insister un peu sur les différents exsudats qui peuvent simuler la collection de la périostite albumineuse. En effet, il est quelques-uns des caractères de l'exsudat sous-périostique dont nous venons de parler qui se rencontrent à un moment donné, du moins, dans d'autres affections inflammatoires du tissu osseux.

L'ostéite chronique s'accompagne souvent d'une sécrétion séro-albumineuse, et le liquide, à un degré variable, file entre les doigts auxquels il adhère, il est transparent, légèrement jaunâtre; il peut conserver cette teinte et sa viscosité pendant un certain temps. Si le malade garde le lit, si aucune cause accidentelle ne modifie la marche de l'affection, on pourrait trouver des analogies entre cet exsudat et les diverses variétés d'épanchement intra-articulaire, suite d'arthrite, et ce n'est pas seulement après les lésions inflammatoires des os ou du périoste qu'il est donné de les observer dans certaines circonstances; en effet, l'inflammation du tissu cellulaire donne naissance à des collections liquides offrant de nombreux points de res-

semblance avec celles qui ont une origine osseuse; le caractère albumineux un peu filant serait donc le propre, à une certaine période, de la plupart des exsudats inflammatoires, et actuellement, où l'on peut, sans crainte, à l'aide du trocart capillaire Poncet, pratiquer des ponctions inoffensives, il est possible de s'assurer de la vérité de ces propositions.

PATHOGÉNIE.

La périostite albumineuse reconnaît pour cause habituelle le froid et peut être pour cela même considérée comme de nature rhumatismale. Dans les observations recueillies par M. Ollier, c'est, avec le traumatisme, la seule cause qu'il ait pu constater. Outre le froid, une des causes principales, c'est la fatigue excessive; en effet, on se rendra compte de la valeur de cette étiologie en lisant les trois observations relatées à la fin de mon travail. Outre la fatigue, une autre cause prédisposante est capable de donner naissance à cette maladie: c'est la scrofule; en effet, les trois malades affectés de périostite albumineuse étaient essentiellement scrofuleux; il faut donc admettre la constitution lymphatique comme cause propre de la périostite albumineuse; avec la scrofule, il y a une autre cause qui joue un rôle assez important,

au moins comme cause prédisposante : c'est l'humidité ; en effet, la malade de M. le Dr Cazin nous en offre un exemple frappant ; elle était toujours plongée dans l'eau, en raison de sa profession.

Une fois seulement, M. Ollier a constaté un épanchement albumineux aigu après une lésion traumatique ; dans d'autres cas cependant, il l'a noté comme accident éloigné ou chronique, et par cela même incertain au point de vue étiologique.

PRONOSTIC.

Il est fâcheux, en ce sens que la maladie dure presque toujours des mois et même des années entières. La malade qui fait le sujet de l'observation de M. Terrier est encore à l'hôpital Beaujon ; celui de M. Ollier, après avoir gardé plusieurs mois le lit, se croyait guéri, il demanda son exéat, mais une récurrence l'obligea à rentrer une seconde fois à l'hôpital ; heureusement jusqu'à présent, sur les cas que nous connaissons, on n'a pas observé de mort ; le pronostic semble plus favorable pour la malade de M. le Dr Cazin. En effet, après quatre mois de traitement, cette malade n'est plus allée à la consultation du chirurgien de Boulogne ; toutefois, on peut répéter que le pronostic est extrêmement sérieux, en raison de la longue durée de la maladie et peut-être des récidives qui peuvent

éterniser la périostite albumineuse ; on sait d'ailleurs que toute maladie du système osseux comporte avec elle un pronostic toujours grave, une évolution toujours très-lente.

La périostite albumineuse peut se terminer par résolution ou par suppuration, l'épanchement sous-périostite contient-il une faible quantité de globules huileux, a-t-il cette transparence dont nous avons parlé, la résorption du liquide peut s'effectuer dans l'espace de quelques semaines : il ne reste alors qu'une tuméfaction inégale de l'os à ce niveau. La présence de leucocytes en notable quantité n'est pas un obstacle à la résolution ; ce n'est que lorsque le pus se forme en abondance, avec nécrose de lamelles osseuses, qu'on ne doit plus compter sur cette terminaison. La tumeur qui présente alors tous les caractères d'un abcès doit être traitée comme tel.

(Dans certains cas, à la suite d'intervention chirurgicale, comme par exemple la ponction de la poche avec un trocart ou une incision avec le bistouri, on voit survenir des complications, telles que l'érysipèle (observ. 2).

TRAITEMENT.

Quand on est en face de la première période de la maladie, bien que le diagnostic soit encore incertain, il faut toujours appliquer des émollients, par exemple, des cataplasmes arrosés de quel-

ques gouttes de laudanum de Sydenham pour agir sur l'élément de douleur ; si la tumeur présente un volume médiocre, si elle est indolente, alors on est autorisé à badigeonner la région avec la teinture d'iode pendant un certain temps ; puis il faut défaire l'appareil pour se rendre compte de l'état de la tumeur. Si la fluctuation paraît manifeste, on peut ouvrir la poche kystique, par deux procédés différents : 1° en pratiquant une incision avec le bistouri ; 2° ou bien en ponctionnant la tumeur, soit avec l'appareil de Dieulafoy, soit avec le trocart de Chassaignac ; dans ce dernier cas, on passe un drain, dans lequel on fait des injections antiseptiques avec l'eau alcoolisée ou l'hydrate de chloral, ou encore avec l'acide phénique, après quelques temps. Si la poche continue à suppurer, il faut immobiliser le membre par un appareil silicaté, en pratiquant une fenêtre au niveau de la partie malade, et faire le pansement ordinaire soit avec l'alcool, soit avec le chloral ; on badigeonne la partie malade avec le collodion élastique ou la teinture d'iode. M. Ollier applique avant son incision de la cavité kystique, une large traînée de pâte de Vienne, et par-dessus une épaisse couche d'ouate. Au début de la périostite, le chirurgien de Lyon applique un bandage silicaté, qui immobilise non-seulement l'os malade, mais les os situés au-dessous et au-dessus, l'immobilité et l'égalité de tem-

pérature que réalise le bandage sont pour lui les meilleurs antiphlogistiques; on peut encore appliquer au début des sangsues et administrer à l'intérieur le calomel à dose fractionnée. Les douleurs sont-elles très-vives, la résolution s'opère-t-elle lentement? M. Ollier recommande de larges vésicatoires volants, les cautérisations avec la pâte de Vienne; enfin, quand la résolution est lente, lorsque le malade éprouve de temps en temps des douleurs au niveau du foyer, l'évacuation du contenu de la cavité kystique à l'aide d'un trocart capillaire peut être très-utile. Dans l'observation que nous citons, la guérison eut lieu sans suppuration, quoique le liquide fût, à la troisième ponction, légèrement troublé. A l'intérieur, on doit administrer des corroborants, tels que : le fer, les préparations de quinquina, la bière, le lait, le phosphate de chaux. Si le malade maigrit de jour en jour, il faut lui donner de la viande crue, du vin de Bagnols, de l'élixir de pepsine, etc., etc.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une collection de liquide au niveau d'un os, survenue au milieu des symptômes fébriles, en faire la ponction avec l'aspirateur. Si l'on trouve un liquide visqueux(1), transparent, insister sur le traitement

(1) Le liquide n'est pas toujours visqueux, analogue à du blanc d'œuf. M. Ollier a trouvé, une fois entre autres, au fémur, un liquide séreux, non filant, mais clair, avec quelques petites gouttelettes huileuses.

antiphlogistique signalé plus haut; on pourra ainsi obtenir la guérison de l'affection sans suppuration. Dans le cas, au contraire, où il existera du pus, l'indication sera toute différente; il faudra ouvrir et donner issue aux produits inflammatoires; le débridement, dans ce dernier cas, sera le meilleur moyen de soulager le malade, tandis que, dans le premier cas, des ponctions successives, l'immobilisation permettent d'obtenir la guérison de l'affection; ces derniers moyens seront également indiqués dans le cas où la collection albumineuse sera le résultat d'une inflammation lente ou subaiguë. La marche de la périostite albumineuse explique comment cette affection n'a pas été décrite jusqu'à ce jour, lorsque, en effet, la maladie a pris une marche aiguë, les chirurgiens ont probablement trop attendu avant d'ouvrir la collection albumineuse ou bien, lorsque la périostite a été subaiguë, ils se sont mépris sur l'origine de l'exsudat.

Observation due à M^r le Professeur Ollier. — Périostite albumineuse de la région juxta-épiphysaire supérieure de l'humérus. — Intégrité de l'articulation scapulo-humérale. — Ponctions successives à divers intervalles de guérison (1).

Pierre Franc, âgé de 15 ans, de tempérament lymphatique, de constitution moyenne, cuisinier de son état, est entré le 11 octobre 1869 (Salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier); ce jeune homme se rappelle avoir eu dans son enfance de l'eczéma aux lèvres et des ganglions engorgés au cou. Il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire et n'en a jamais entendu parler chez ses parents, il n'est pas rachitique, il n'a aucun antécédent syphilitique; se nourrissant bien, il jouissait d'une bonne santé, quoique travaillant beaucoup, 14 heures par jour.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, se trouvant dans une cave, il avait eu froid. Deux jours après, il avait un engourdissement du bras droit; le lendemain, il manquait d'entrain à l'ouvrage; le surlendemain, lourdeur de tête, vertiges, perte d'appétit, nausées, vomissements alimentaires. Pendant deux jours, il éprouva des frissonnements continuels; on le fit transpirer le jour qui suivit, l'épaule devint douloureuse, les symptômes généraux s'amendèrent, la douleur augmenta bientôt, un médecin avait fait appliquer des cataplasmes au début; il y a quatre jours, la mère de l'enfant lui mit un visicatoire à l'épaule; le 11 octobre, jour de son entrée, il dormit peu la nuit, mais la douleur diminua.

Le 12, temp. de l'aisselle gauche, 37, 8, temp. de l'aisselle droite, 38°. Tout indique une arthrite aiguë de l'épaule.

(1) La première partie de cette observation a été publiée par un des internes de M. Ollier, dans sa thèse inaugurale : De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents. Savary. Paris, 1870, au chapitre du diagnostic, il se proposait de distinguer de l'arthrite aiguë spontanée l'ostéite de l'extrémité de la diaphyse; nous empruntons au travail de M. Savary, les antécédents du malade et le début de la maladie.

Dans les antécédants et l'état actuel, il y a impuissance complète des mouvements, le bras est empâté jusqu'au-dessous du coude; la peau du moignon est colorée d'un rouge clair uniforme, la palpation de l'épaule est très-douloureuse. M. Ollier diagnostique toutefois immédiatement une ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus; un premier signe élimine d'emblée l'arthrite, des mouvements modérés communiqués au bras en adduction, abduction, rotation, sont possibles et indolents; un autre est pathognomonique de l'ostéite; la douleur à la palpation a son maximum à quatre travers de doigts du rebord acromial.

Le soir, la temp. de l'aisselle droite, 39° 6; de l'aisselle gauche 40° 8; tour du bras à la partie moyenne, 37 centimètres.

Le 13. Temp. des deux côtés, 37°; transpiration abondante, bien-être complet, le malade n'a pas souffert la nuit; tour du bras : 39 centimètres.

Le 14. Temp. axillaire, 36° 6; le malade a faim, la douleur provoquée a son maximum en dedans du bras. Le soir, 38°, bien-être.

Le 15. Apyrexie complète, la nuit a été bonne, le maximum de la douleur provoquée est en dedans, à 3 cent. du bord de l'acromion; les mouvements imprimés au bras deviennent plus libres.

Le 19. Le bien-être continue; tour du bras : 27 cent.

Le 20. Le palper provoque de la douleur à la face antérieure de l'humérus, toujours à la même hauteur.

Le 21. La douleur s'est transportée à la face interne; au même niveau, on peut apprécier le gonflement de l'os; l'œdème du bras ayant diminué.

Le 28. On sent depuis deux jours une fluctuation localisée sous le deltoïde, à la face antérieure; l'œdème a presque totalement disparu; tour de bras : 25 cent.; la douleur s'est reportée à la face antérieure de l'humérus.

Jusqu'au 14 novembre, l'état du malade n'offrit rien de particulier; jusqu'alors, le malade ne subit d'autres traitements que deux fois par jour une embrocation de teinture d'iode pure, d'un enveloppement d'ouate.

Le 14 novembre, M. Ollier fait, au niveau de la face antérieure du deltoïde, avec un petit trocart, une ponction de la collection liquide qui avait notablement augmenté; il s'écoule un liquide visqueux, filant, d'une teinte citrine et dont on peut facilement apprécier les caractères en le laissant séjourner pendant quelques heures dans un verre à pied; ce qui frappe à première vue, c'est la viscosité de ce liquide, qui à un faible écartement des doigts, s'étend sous forme de filament comme la synovie; on y voit de plus des globules huileux, qui, vu leur faible densité, surnagent et, au repos, forment la couche la plus superficielle; la couche la plus inférieure a une teinte légèrement rouge, on y remarque des flocons de fibrine; en même temps, par l'examen histologique, quelques globules blancs et des globules rouges en assez grand nombre.

La couche médiane, d'une teinte un peu ombrée, est formée par un liquide visqueux, à la surface duquel se trouvent des gouttelettes de graisse qui constituent la troisième couche.

L'évacuation du contenu de la poche permet de s'assurer de l'hypertrophie de l'humérus localisée à son extrémité supérieure.

L'épaule est toujours saine; les jours qui suivent, l'état général du malade fut excellent.

Le 16. La collection du liquide s'étant produite de nouveau, ainsi que l'indiquait la fluctuation, M. Ollier fait une autre ponction, le liquide qui s'écoule est semblable au précédent, cependant les globules huileux y sont en quantité moindre.

La pression et les mouvements ne déterminent toujours aucune douleur dans l'articulation scapulo-humérale.

Le 23. Le malade, qui se trouvait bien tous ces jours passés, a eu ce soir un frisson intense; pouls, 120; temp. axillaire, 39.

Le 24. Une ponction, pratiquée avec un trocart capillaire, donne issue à un liquide plus trouble que les précédents, il est plus séreux et ne présente pas cette viscosité dont nous avons parlé.

Le 25. Redoutant la suppuration, M. Ollier appliqua sur

la face antérieure du bras, un peu au-dessous du moignon de l'épaule, une longue trainée de pâte de Vienne et il fit entourer l'avant-bras, la main, tout le membre supérieur d'épaisses couches d'ouate, que l'on recouvrit de bandes silicatées, de façon à obtenir une immobilité aussi parfaite que possible par plusieurs tours de bandes silicatées passant sous l'aisselle du côté opposé.

Révuision active, impossibilité absolue de tout mouvement des parties malades. Telles furent les deux indications réalisées par ce mode de traitement.

Lorsqu'un mois après, on enleva l'appareil, la fluctuation avait notablement diminué; la douleur était moindre, on sentait nettement par le toucher l'humérus hypertrophié dans son tiers supérieur; on fit un autre bandage silicaté une large fenêtre pratiquée avec un sécateur permit de panser la plaie et d'employer en même temps des frictions avec la teinture d'iode.

Quand le malade quitta l'Hôtel-Dieu, au mois de mars 1870, après un séjour de cinq mois, tout symptôme inflammatoire avait disparu, la pression au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus ne provoquait aucune douleur; les mouvements, devenus complètement libres s'exécutaient sans souffrance et avec facilité, l'articulation scapulo-humérale n'avait du reste jamais été atteinte.

Sept mois environ après son départ de l'Hôtel-Dieu, le malade y rentrait (salle Saint-Louis) pour un abcès survenu dans l'aisselle du même côté.

Voici les renseignements qu'il donnait à ce moment :

Lorsqu'il quitta, dit-il, l'hôpital la première fois, il resta un mois à peu près sans travailler, puis il reprit sa profession de cuisinier; durant cinq six à mois, il ne ressentit aucune douleur et se servait aussi aisément d'un bras que de l'autre, il put sans interruption exercer son métier.

A cette époque, survinrent, à la suite d'un refroidissement dans l'épaule autrefois malade, quelques petites douleurs ayant le caractère lancinant, ces douleurs s'irradiaient dans le coude du même côté; toutefois la gêne des mouvements n'était pas considérable, et le malade continuait tant bien

que mal son travail. Au bout de quelques jours, il constatait dans l'aisselle correspondante une tumeur qu'il compare comme volume à un œuf de pigeon. Ce fut à ce moment (septembre 1870) qu'il vint à l'hôpital.

Le lendemain de son entrée, on ouvrit la tumeur avec un bistouri, le pus qui s'écoula alors était jaunâtre, peu épais et nullement filant.

Après moins d'un mois de séjour, le malade sortait de l'Hôtel-Dieu, la plaie produite par l'incision était cicatrisée, les mouvements de l'épaule n'étaient nullement gênés, et huit jours ne s'étaient pas écoulés que le malade reprenait son travail. La guérison fut de courte durée, l'abcès se ferma de nouveau et donna naissance à un trajet fistuleux par où suintait un pus d'abord assez abondant et qui présentait les mêmes caractères que celui du premier abcès; la suppuration fut en quelque sorte indolente; les mouvements s'exécutant sans peine, le malade n'avait pas interrompu ses occupations. Depuis lors, la fistule s'est fermée et rouverte à plusieurs reprises.

Cette suppuration persistante décida le malade à se présenter à M. Ollier et il fut admis le 19 septembre 1871 salle Saint-Sacerdos :

On constatait de nouveau l'intégrité complète de l'articulation scapulo-humérale.

Un stylet introduit dans l'aisselle par le trajet fistuleux remontait à une hauteur de 5 centimètres. On eût pu croire, de prime abord, qu'il pénétrait dans l'articulation, il n'en était rien. Ainsi que s'en assura M. Ollier, la pointe de l'instrument rencontrait l'os dénudé et allait buter contre la tubérosité externe de l'humérus; point de gêne dans les mouvements; par la palpation, on reconnaît que l'humérus est hypertrophié dans son tiers supérieur; il n'existe pas de collection purulente.

21 novembre 1871. La fistule est tarie, sortie du malade.

Au mois de mars 1873, il revenait dans la salle Saint-Sacerdos; la fistule, qui avait été fermée, s'était ouverte de nouveau et donnait passage à un peu de pus; il ne resta que quelques jours dans le service.

Des mensurations, prises par M. Ollier à différentes reprises, de l'os malade firent constater une différence de longueur entre ce dernier et celui du côté sain.

Les deux membres étant placés dans la même position, le bras rapproché du tronc et l'avant-bras fléchi sur le bras, les mensurations donnent :

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant de l'olécrane, humérus sain : 33 cent.; humérus malade 317 mill.

La différence entre ces deux est donc de 13 mill.

Observation de M. Terrier

Melle F. M. âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du profess. Dolbeau, que je remplaçais alors le 1^{er} mai 1876 (Salle St Clotilde, n° 1).

Antécédents : cette jeune fille d'une constitution lymphatique, n'avait jamais été malade; avant de ressentir les premières atteintes de l'affection qui l'amène à l'hôpital, pendant son enfance elle n'eut ni gourme, ni maux d'yeux, ni maladies d'oreilles, ni ganglions engorgés; les père et mère sont bien portants, trois de ses frères sont encore vivants, ont toujours joui d'une bonne santé; trois autres frères et sœur sont morts tout jeunes, au bout de 15 à 20 jours, pendant le siège. Melle F. a beaucoup souffert, et depuis ce temps, placée comme femme de chambre, elle était accablée d'ouvrage et assez mal nourrie.

Les règles sont venues à 16 ans; depuis, elles sont régulières; la malade perd environ huit jours, son sang est assez peu coloré. Il n'y avait pas de pertes blanches dans l'intervalle des époques.

Il y a deux ans et demi, Melle F. paraît avoir eu quelques accidents, dus à la chloro-anémie, des faiblesses, de l'innappétence, un peu d'écoulement leucorrhéique; elle prit des douches froides et des préparations de fer; quelque temps après, un médecin crut devoir la saigner, sans que nous puissions en déterminer la raison.

C'est il y a 20 mois environ que Melle F. ressentit pour

la première fois des douleurs sourdes au niveau de la partie moyenne de la cuisse droite, à la région postéro-externe. Ces douleurs, plus intenses la nuit, la faisaient boiter, l'empêchant de s'asseoir; elles ne s'irradiaient pas suivant la longueur du membre et ne tardaient pas à avoir une telle intensité que la jeune malade ne pouvait plus marcher et se trouvait mal quand elle voulait travailler. Le Dr Lecourtois, consulté à ce moment, crut à l'existence d'une sciatique et lui fit appliquer successivement 16 vésicatoires volants; la douleur, quoique moindre, persistait toujours, et la malade avait grand peur de remplir ses fonctions de femme de chambre.

Le 6 décembre 1875, Melle F..., s'aperçut que sa cuisse droite était augmentée de volume, qu'il existait une tuméfaction notable de la région restée jusqu'ici très-douloureuse; un autre médecin fut appelé, et malgré un traitement interne, des injections sous-cutanées de morphine et l'électrisation, il n'y eut aucune amélioration dans son état; une consultation eut lieu avec le Dr Damaschino; celui-ci conseilla des injections interstitielles de nitrate d'argent, qui furent faites par le médecin traitant. La malade qui gardait le lit depuis deux mois, ne fut nullement améliorée par cette thérapeutique; au contraire, les douleurs furent plus intenses, la partie tuméfiée devient rouge, chaude, douloureuse à la moindre pression; en fait, le seul résultat obtenu fut au début du phlegmon profond. Lors de l'entrée à l'hôpital, Melle F. offrait tous les signes d'une anémie assez profonde : muqueuses décolorées, mydriase, souffle cardiaque à la base, un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, le membre abdominal droit présente au niveau de la partie postéro-externe et moyenne de la cuisse une tuméfaction avec rougeur de la plaie sans bosselures, ayant tous les caractères, d'un phlegmon aigu qui paraissait déterminée par la dernière injection de nitrate d'argent faite juste à ce niveau. La malade ne pouvait se lever à cause de vives douleurs qu'elle ressentait dans la cuisse, elle avait même une certaine gêne à se coucher sur le côté pour faciliter l'exploration de la région malade. Quelques jours après, le petit

phlegmon, devenu sous-cutané, s'abcéda et s'ouvrit au dehors, laissant écouler en assez petite quantité du pus bien lié; malgré cet écoulement, la tuméfaction et l'induration de la région persistèrent. On constate que la lésion était profonde qu'elle semblait s'étendre jusqu'au fémur qui, d'ailleurs, ne paraissait pas notablement augmenté en raison de l'état général de la malade, des antécédents de la longue évolution de la maladie. Enfin découvrant une fluctuation profonde, je crus avoir affaire à un abcès chronique symptomatique d'une lésion osseuse et je fis part de ce diagnostic aux élèves de service.

Le 10 mai, en examinant la malade et en explorant la région où s'était ouvert le petit abcès sous-cutané, je fis sortir par cette ouverture une cuillerée à café environ d'un liquide visqueux ressemblant à de la sérosité rougeâtre. Mon attention ne fut pas immédiatement attirée sur cette particularité, ce ne fut que quelques jours après que je puis en comprendre la valeur clinique.

Le 12 mai, une ponction exploratrice fut faite avec un bistouri à lame mince; je pus recueillir encore quelques gouttes de ce même liquide visqueux, coloré.

Des cataplasmes furent appliqués sur la tumeur, depuis le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. L'abcès sous-cutané s'était guéri, mais la tuméfaction profonde avait augmenté et était devenue manifestement fluctuante; aussi je résolus de pratiquer une ponction exploratrice à l'aide de l'appareil de Dieulafoy; cette ponction fut faite le 24 mai; à notre grand étonnement nous retirâmes 100 grammes environ d'un liquide visqueux, filant, coloré en rouge, ressemblant beaucoup par la consistance à de la synovie, en fait analogue sinon identique à celui que j'avais fait sourdre par l'orifice de l'abcès sous-cutané et aussi au liquide que j'avais obtenu après la ponction avec le bistouri par le repos et refroidissement. Ce liquide donna un léger dépôt dans lequel on trouva des globules rouges et des globules blancs. Cet examen fut fait par le Dr Raymond et contrôlé par le professeur Gubler; quant à la partie essentiellement liquide elle était coagulable par la chaleur et ce coagulum

séparé par le filtre, il restait encore un liquide albumineux coagulable par l'acide nitrique, enfin on y constata la présence d'une grande quantité de phosphate et d'un peu de sucre. MM. Gabler et Raymond, ignorant l'origine du liquide qui leur avait été soumis, me firent répondre qu'il ressemblait au liquide des kystes synoviaux mêlé avec un peu de sang et du pus. L'orifice de la ponction fut occlus avec du collodion et on continua l'application de cataplasmes qui soulagèrent notablement la malade; du reste la première ponction faite avec le bistouri et celle-ci firent diminuer l'intensité de la douleur pendant quelques jours.

Le 2 juin, les douleurs deviennent plus vives, la fluctuation est de plus en plus accusée, la tuméfaction est notablement étendue surtout en haut et arrive presque à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du fémur.

Le 13. Je pratique une nouvelle ponction avec un trocart ordinaire; je pus retirer encore 150 grammes environ du liquide très-filant, rouge. Une pression, exercée immédiatement au-dessous du pli fessier, fit sourdre en dehors les dernières gouttes du liquide contenu dans cette poche. Celle-ci, remontant donc assez haut du côté externe et postérieur de la cuisse, semblait quelque peu allongée de bas en haut. Une bougie en gomme, de petit calibre, introduite par la canule du trocart, pénétra sur une longueur de 25 centimètres. Son extrémité libre nous parut arriver un peu au-dessous du pli fessier. Cette exploration ne nous permet pas de déterminer si le fémur était à nu; occlusion de la plaie du trocart. — Cataplasmes.

Le 14. Les douleurs, toujours vives, s'exaspérant surtout la nuit, nous crûmes devoir substituer à l'iodure de potassium, que prenait la malade depuis son entrée à l'hôpital, du sirop de Gibert.

Le 24. La tumeur s'étant reproduite, je résolus de la faire traverser par un tube à drainage. La ponction fut faite au tiers moyen et postéro-externe de la cuisse, et la contre-ponction au tiers supérieur au moins en arrière du grand trochanter. Le tube, ainsi placé à l'aide du trocart de Chassaignac, mesurait 25 centimètres de large; il s'é-

coula assez peu de sang mêlé à du liquide filant, dont on peut évaluer la quantité à environ 400 grammes. Des injections alcoolisées (4 fois par jour) furent faites par le tube.

Le 26. Depuis le passage du drain, des phénomènes généraux sont survenus. Inappétence, langue sale, insomnie, malaise, fièvre, pouls à 120; température, 39°7.

Le soir, une plaque érysipélateuse vers le milieu du trajet du drain. C'est donc à égale distance des deux orifices cutanés qui lui donnent passage.

Le 27. Même état. Température 39°7.

Le 27. L'érysipèle s'est peu étendu; l'état général est un peu meilleur.

Le 4 juillet. La rougeur a persisté sans s'étendre. Sa coloration s'éteint un peu. La température, qui avait baissé (38 et 39°), est remontée, la veille, à 39°7, atteint 40°2.

Le 5 juillet. Apparition d'une nouvelle plaque érysipélateuse au pli de l'aîne. Température, 70°3.

Le 6. Il se fit un abcès à la région inguinale droite. 40°1.

Le 7. La température baisse à 38°7. On prescrit un vomitif pour combattre un état sabarral très-marqué.

Le 10. 37°7. L'abcès de l'aîne reste fistuleux, mais l'état général s'améliore beaucoup.

Vers le 15 juillet, tous les accidents avaient cessé; l'abcès de la région inguinale fut ouvert par le professeur Dolbeau; il persista une ouverture fistuleuse qui ne se guérit qu'au bout de trois mois.

L'état général et l'état local restèrent à peu près les mêmes jusque vers la fin de l'année 1876. Toutefois, en décembre, apparut une seconde poussée d'érysipèle, d'ailleurs assez bénin, qui resta paralysé au membre malade et donna naissance à des phénomènes fébriles très-peu accusés. Le mois de janvier 1877 se passa sans accidents, en continuant l'application des cataplasmes et les injections alcoolisées dans le drain; les douleurs persistaient encore assez intenses. En février, les cataplasmes furent remplacés par un pansement à la glycérine, et les injections détersives furent faites régulièrement. Le tube à drainage

fut remplacé. en mars, par un autre tube un peu plus gros ; la suppuration parut augmenter sous l'influence de ce changement.

En avril, la malade eut des accès fébriles, perdit l'appétit ; vers la fin du mois, elle fut prise d'un point de côté, situé à gauche, qu'on traita par des badigeonnages à la teinture d'iode.

Le drain fut encore changé en mai, la malade se plaignait toujours de son point de côté, toutefois l'état général s'améliorait.

En juin, le mieux s'accentua, on permit à la malade de se lever, et avec l'appui d'un aide, elle put marcher un peu, tout en souffrant encore beaucoup dans toute la cuisse malade.

La marche devint impossible en juillet, et vers le 8 août, les douleurs forcèrent Mlle F... à garder le lit. En ce moment, une tuméfaction notable se montra à la partie inférieure et externe de la cuisse, au-dessous et en avant de l'orifice inférieur par lequel passe le tube à drainage ; cette tuméfaction, qui disparaissait sous l'influence du repos, n'était autre qu'un abcès, qui fut incisé le 2 octobre, par le Dr Gillette, remplaçant le professeur Dolbeau.

A la suite de cette opération, la malade eut de vives douleurs, s'irradiant jusque dans le genou, l'appétit fut perdu pendant quelque temps, il y eut des accidents fébriles intenses.

Vers le 1er novembre, le professeur Le Fort, qui reprit le service, fit retirer le tube à drainage. La suppuration diminua, mais la malade accusa de vives douleurs, qui durèrent une dizaine de jours.

Le 20 novembre 1877, je vis la malade, avec le professeur Le Fort.

La cuisse malade offre un volume plus considérable que celle du côté opposé, et si on fait une mensuration de la circonférence des cuisses, à 21 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, on trouve que la cuisse droite présente 3 centimètres de plus que celle du côté opposé.

Les deux ouvertures par lesquelles passait le tube à

drainage sont presque cicatrisées; toutefois, un stylet introduit par l'ouverture inférieure pénètre obliquement en haut et en avant, jusqu'à 20 centimètres de profondeur sans atteindre un point osseux mis à nu; par l'ouverture supérieure, on ne pénètre qu'à quelques centimètres.

L'incision faite par le docteur Gillette au côté externe et inférieur de la cuisse est encore ouverte et fournit du pus; l'exploration avec le stylet, permet d'arriver à 5 centimètres de profondeur, presque sous le fémur, sans qu'on puisse trouver la moindre dénudation de cet os.

L'état général est assez bon; toutefois, les douleurs empêchent la marche et nécessitent encore le séjour au lit.

C'est dans le but de faire cesser ces douleurs persistantes que le professeur Le Fort fit, à plusieurs reprises (en novembre et en décembre 1877, et récemment, en février 1878) des ponctions avec un bistouri étroit, de façon à arriver jusqu'au fémur et de pratiquer un débridement sous-cutané du périoste.

Depuis le 1^{er} janvier 1878, la malade se lève et marche un peu à l'aide de béquilles; la suppuration des diverses ouvertures faites par le drain ou par le bistouri a diminué petit à petit, si bien que, le 25 mars, il ne s'écoule plus rien par les divers orifices, et leur cicatrisation est complète.

Le 28 mars, je revis la malade; son état général est excellent, elle a très-notablement engraisé depuis ces derniers mois; toutes les fistules de la cuisse sont guéries, les tissus qui entouraient le fémur sont légèrement indurés, et le volume de cet os paraît augmenté, surtout à la partie moyenne et inférieure.

Le membre malade est un peu atrophié, il n'est pas allongé; la circonférence de la cuisse droite (côté malade) est moindre de 3 centimètres que celle du côté opposé.

Mlle F. peut marcher à l'aide de béquilles; toutefois, elle traîne la jambe et se plaint encore des douleurs sourdes au niveau de la partie moyenne du fémur droit, c'est-à-dire au point où semble être née la collection albumineuse.

Observation de M. le docteur Cazin

Lucie Poutier d'Equhen, âgée de 19 ans, vient, le 3 août 1864, me consulter, pour un gonflement douloureux de la jambe droite, à son extrémité inférieure. Cette jeune fille, qui était pêcheuse de crevettes, fait remonter le début de son mal à un excès de fatigue et un séjour prolongé dans l'eau. Aucun antécédent de scrofule ou de tuberculose dans la famille; elle-même paraît d'une bonne santé et ne présente aucun engorgement ganglionnaire, aucune suspicion de syphilis, pas de rhumatisme antérieur. Le gonflement dure depuis dix jours et n'a été que depuis la veille accompagné de rougeurs de la peau. Les douleurs sont tenitives, profondes, avec exaspération nocturne, mais en somme assez supportables. Quant à cette dernière appréciation, il faut certainement tenir compte du peu de sensibilité de ces jeunes femmes, faites de la plus tendre enfance aux plus durs travaux.

La tuméfaction siège à la face interne du tibia, à la réunion des 4/5, le premier avec le cinquième inférieur de l'os. Elle concorde avec le point où la diaphyse se réunit à l'épiphyse.

La peau est tendre, luisante et médiocrement rouge; la forme générale est elliptique; il n'y a pas d'empâtement autour, mais la malade assure que ce symptôme existait précédemment; la fluctuation est manifeste, mais encore assez profondément sentie; je diagnostique un abcès sous-périostique subaigu, analogue à ceux que l'on rencontre en si grand nombre dans les hôpitaux d'enfants, à la consultation de Sainte-Eugénie, et qui se présentent chez les individus surmenés et exposés aux intempéries.

Je pratique immédiatement une incision d'un centimètre et il s'écoule un liquide qui, à mon grand étonnement, est presque incolore, demi-transparent, gommeux, analogue à la synovie louche; j'en recueille ensuite une certaine quantité; le bistouri est tombé directement sur l'os dénudé. Je passe un drain par mon incision, et à l'aide d'un trocart je l'ai fait sortir par le pôle supérieur de la tumeur.

La guérison s'est fait attendre trois mois, le drain est resté deux mois en place; il est bien entendu que la suppuration s'est établie dans trois jours. Après l'incision, il n'est pas sorti d'esquilles durant la maladie, y a-t-il eu une exfoliation insensible de l'os?

Le liquide, examiné au microscope, contenait de nombreux globules huileux et des leucocytes.

L'analyse chimique, imparfaite en raison de la petite quantité du liquide, révéla de l'albumine et des phosphates en proportion assez élevée.

Au moment de livrer ma thèse à l'impression, j'ai appris qu'il existait dans le service de M. le professeur Gosselin un cas analogue à ceux qui font le sujet de mon travail; je publie ici cette observation, ainsi que deux autres qui viennent de m'être fournies par M. Lannelongue. Je suis heureux de pouvoir remercier ici ces deux maîtres de l'accueil et des facilités que j'ai trouvés auprès d'eux pour insérer ces observations.

OBSERVATION PERSONNELLE.

(Le début, que j'ai résumé, m'a été communiqué par un élève de service de M. Hardy.)

F... G..., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy, salle Saint-Charles, n° 19, le 2 janvier 1878.

Antécédents héréditaires : père inconnu, mère morte de poitrine à l'âge de 43 ans. *Antécédents hygiéniques* : beaucoup souffert pendant le siège, très-mal nourri. *Habitudes vicieuses*, *antécédents pathologiques* : pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas de scrofule, constitution lymphatique, jouissait d'une bonne santé habituelle; a été exposé souvent aux refroidissements successifs dans le courant du mois de décembre, ce qui l'a forcé de cesser

son travail ; il souffre de douleurs vives du membre abdominal droit. Le 2 janvier, il entre dans le service de M. le professeur Hardy, pour une douleur rhumatismale du genou droit ; la fièvre est intense, 40° ; la douleur avait envahi la cuisse et principalement le long du saphène interne, ce qui avait fait croire l'existence d'une phlébite. Ces douleurs ont peu à peu disparu, mais on observa une augmentation notable du fémur ; le malade demanda son exeat ; il fut envoyé en convalescence à Vincennes, il y resta cinq jours ; la douleur et le gonflement du fémur persistant, le médecin de l'établissement le renvoya au même service. Vu son état, il fut dirigé sur le service de chirurgie de M. le professeur Gosselin, qui formula le diagnostic suivant : hypérostose de l'extrémité inférieure du fémur droit, ostéite épiphysaire subaiguë avec collection séro-albumineuse, autrement dit périostite albumineuse de M. Ollier. *Etat actuel* : le malade est pâle, faible et maigre, anémique ; les pupilles sont dilatées, les vaisseaux du cou présentent un souffle bien marqué ; rien d'insolite du côté des cavités thoracique et abdominale ; depuis son entrée, il est dans l'apyrexie complète il n'a pas de douleur, pas d'impotence fonctionnelle du membre ; si l'on examine le membre malade, on voit que la peau n'a pas changé de la coloration normale. A la palpation, qui n'est point douloureuse, on sent, de prime abord, l'augmentation notable du fémur, pas d'empâtement du tissu voisin ; les articulations du genou et de la hanche sont parfaitement intactes. Par la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, on provoque une douleur vers le tiers inférieur du fémur. La mensuration dans la longueur du membre malade ne nous donne point de différence avec celle du côté sain ; mais, pour l'épaisseur, on trouve les résultats suivants : la cuisse malade, au niveau des condyles, mesure 32 cent. ; à la partie moyenne, 34 cent. ; au-dessous du grand trochanter, 35 cent. ; la cuisse saine donne, aux mêmes endroits, les chiffres suivants : 29, 35, 38, mais cet écart me semble devoir être attribué à l'atrophie musculaire.

Huit jours après son entrée, M. Gosselin constata un

fluctuation très-étendue et profonde à la partie interne de la cuisse; le membre est donc placé dans un appareil ouaté, et soumis à la compression de la bande de caoutchouc. Le 5 avril, voyant que la collection n'avait pas diminué, M. Gosselin pratiqua une ponction aspiratrice avec l'appareil de M. Potain, il en recueillit environ 60 gr. d'un liquide séro-sanguinolent, ni filant, ni visqueux, poisseux comme le liquide d'hydrocèle. Tout le liquide prenait en masse par la chaleur; l'examen micrographique a été fait par M. Bergeron; il a trouvé quelques leucocytes disséminés. Immédiatement après, le membre est remis dans l'appareil ouaté et compressif; le malade, à la suite, n'a rien eu, ni fièvre ni douleur; dix jours après, la collection s'était reproduite. M. Gosselin a pratiqué une seconde fois la ponction au 18 avril; même liquide par son aspect, sa quantité et ses caractères; mais on y trouve, cette fois, quelques gouttelettes huileuses indice de l'envahissement de la couche ostéogénique du périoste; la compression est refaite, mais la collection se reproduit au moment où nous écrivons, et nécessitera probablement une troisième ponction.

Relations de ces trois dernières observations.

Après avoir décrit très-minutieusement la maladie et relaté les trois observations qui offrent, suivant nous, tous les caractères propres à la périostite albumineuse, je dois faire remarquer qu'il n'en est pas de même des trois dernières observations, qui, appartenant cependant à la même affection, présentent quelques particularités que je vais mettre en relief.

La fièvre, la douleur, l'impotence fonctionnelle du membre, le caractère visqueux et filant du li-

quide que nous avons notés dans les premières observations, ont manqué, chez le malade de M. Gosselin et chez ceux de M. Lannelongue (j'en excepte, chez ces derniers, l'impuissance du membre, parce qu'ils étaient affectés de tumeur blanche). Il ne faut pas se baser sur un seul symptôme pour reconnaître une maladie, et il ne faut pas en rejeter la possibilité, parce qu'un ou deux symptômes principaux feront défaut; en effet, le clinicien habile ne formulera son diagnostic qu'après avoir fait une sorte de synthèse des signes plus ou moins caractéristiques de la maladie qu'il observe et avoir écarté les signes concomitants qui, plus ou moins analogues aux précédents, pourraient égaler l'esprit.

En effet, pour le malade de M. Gosselin, chez lequel on a pu penser au début d'un rhumatisme articulaire aigu, la question était agitée par le savant clinicien entre l'abcès froid et la périostite d'Ollier. Ce fut la ponction exploratrice qui assura le diagnostic. Le liquide recueilli présentait une particularité remarquable : il surnageait à la surface quelques gouttelettes d'huile, indice d'une altération profonde de la couche ostéogénique du périoste; d'ailleurs, M. Ollier a vu un cas analogue du fémur chez un enfant; je ferai la même remarque pour les observations de M. Lannelongue, bien que la fièvre, le caractère filant et visqueux

du liquide fassent défaut ; de l'autre côté, le liquide, blanc, citrin louche, et essentiellement albumineux, permettra à coup sûr de faire le diagnostic.

Une collection de liquide albumineux située sur le trajet d'un os ou à son extrémité épiphysaire sera donc caractéristique de la périostite albumineuse, et le clinicien ne doit jamais hésiter pour formuler son diagnostic. Pour nous résumer, toutes les observations que nous venons d'analyser appartiennent bien à la périostite albumineuse, parce qu'elles présentent *toutes* le symptôme, à notre avis, essentiel de l'affection : une collection de liquide albumineux en voisinage d'une ostéite épiphysaire.

Observations de M. Lannelongue.

I. — Le nommé Lavant (Eugène), âgé de 7 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Napoléon, no 8, le 7 avril 1877. Il est atteint d'une tumeur blanche du genou droit qui remonte à 15 mois environ ; elle débuta à cette époque sans motif apparent, elle progressa assez vite. La marche fut interrompue trois mois après le début, d'une façon définitive. — Le père de l'enfant est mort tuberculeux, et lui-même est un petit être assez chétif ; portant au cou plusieurs cicatrices déprimées qui indiquent une suppuration d'assez longue durée ; en effet, vers l'âge de 16 mois, à la suite de croûte d'eczéma, il eut les ganglions lymphatiques du cou très-développés, et plusieurs suppurèrent. A trois ans cet enfant prit la coqueluche qui le tint fort longtemps. Enfin, à cinq, il contracta la rougeole ; à son entrée à l'hôpital nous constatons plusieurs lésions : 1^o Une tumeur blanche du genou droit avec flexion à angle droit de la jambe sur

la cuisse qu'on ne peut pas redresser. Les culs-de-sac de la synoviale, au-dessus de la rotule et de chaque côté du ligament rotulien, sont remplis de fongosités mollasses prêtes à suppurer; en bas principalement, le volume du tibia paraît accru.

A la pression il est douloureux au niveau de l'attache des ligaments latéraux, la cuisse est très-amaigrie.

2^o Dans le tiers supérieur de la jambe droite, existe, en arrière, sur la ligne médiane, une collection réductible; en pressant sur cette tumeur, dont le volume est celui d'une pomme d'api, on refoule le liquide dans le creux poplité, et on produit une crépitation due, sans nul doute à la vibration des bords de l'orifice de communication. Cette collection est probablement symptomatique d'une lésion du tibia à la partie postérieure et supérieure très-près de l'articulation. Elle se rattache en tous cas au même ordre de lésion que celles qui existent dans le genou; on pourrait pourtant se demander si cette collection n'a pas pour origine une adénite poplitée provoquée par l'arthrite.

3^o Sur la face interne du tibia, à deux travers de doigt de l'épiphyse, existe une seconde tumeur indépendante de la précédente, dont elle est séparée par les muscles postérieurs de la jambe, cette seconde tumeur a le volume d'une grosse noix; elle est franchement fluctuante et élastique, la peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur et n'a aucune adhérence avec elle; elle adhère par contre à l'os ou du moins au périoste et cette dernière membrane est annulairement indurée à l'intention de la tumeur sur elle. N'ayant fait aucune difficulté pour admettre un abcès froid, j'ai piqué cette tumeur, afin de reconnaître les qualités du liquide et, à mon étonnement, il est sorti un liquide clair, de couleur citrine, sans mélange de grumeaux; le liquide mis en contact avec du papier blanc ne le tache pas comme le ferait un corps gras; il n'est pas filant et se masse; il prend une teinte un peu louche.

Examiné au microscope, il renferme des leucocytes assez nombreux; quelques globules rouges et quelques fines granulations; pas de gouttelettes graisseuses; chauffé, il pré-

sentait un coagulum assez volumineux ; quelle interprétation pouvait-on donner de cette collection ? c'est la question que je posais alors et que j'essayais de résoudre ainsi. La tumeur a la plus grande analogie par son liquide contenu et par les circonstances tirées de ces rapports avec les kystes et j'admettrais volontiers l'idée d'un kyste du périoste. Ce kyste est-il développé à la face interne ou externe de cette membrane ? je ne puis le dire, ne connaissant pas ses rapports avec les parties. Une autre interprétation serait peut-être celle-ci : sous l'influence d'une irritation de voisinage ou sous celle d'une cause générale strumeuse, il s'est produit des fongosités périostales, au centre desquelles se trouve une cavité kystique :

J'ai, au surplus, quelquefois constaté des cavités analogues dans les fongosités des ganglions lymphatiques ou péri-articulaires.

II. — Tumeur blanche du coude droit, périostite albumineuse du corps d'urbitus.

Ernestine Bay, âgée de 3 ans ; entrée dans la salle Sainte-Eugénie, le 4 avril 1878, avec une tumeur blanche du coude droit, datant d'un an environ, d'après la mère. Elle est caractérisée par les symptômes habituels de la tumeur blanche, il y a de plus des mouvements de latéralité, et une crépitation osseuse due au frottement des surfaces dégarnies de cartilage. En même temps, au-dessous du coude, sur le trajet du cubitus, au-dessous de l'olécrâne, environ à un travers de doigt, existe une tumeur tout à fait isolée, circonscrite, adhérente au cubitus.

La peau glisse au-dessous d'elle, elle est fluctuante : c'est un abcès ossifluent ou un abcès du périoste simplement. J'en ai fait l'ouverture, et, à mon étonnement, il est sorti un liquide jaunâtre, fluide, n'étant pas du pus, et ce liquide est renfermé dans une cavité limitée par une membrane molle, fongueuse, reposant sur le périoste, que j'ai examiné à plusieurs reprises ; après plusieurs lavages, la poche étant largement ouverte, nulle part on ne découvre un point du

cubitus dénudé, et cet os n'est nullement gonflé au niveau de la poche; enfin au-dessus comme au-dessous de la poche, les parties voisines sont parfaitement saines.

Cette tumeur remonte à deux mois environ; on peut appliquer à ce fait les réflexions de ma première observation.

Renseignements. — La mère jouit de la plus brillante santé, le père est également très-fort. La grand'mère maternelle vit encore. Le grand-père est mort vers 80 ans. Les grands-parents paternels sont morts, l'un à 85 et l'autre à 52 ans. La mère a eu trois enfants et, sauf celle-ci, ils se portent bien; celle-ci a joui d'une bonne santé pendant son allaitement; à un an, elle fut vaccinée, et quelques jours après, elle eut la rougeole; après cela elle eut un écoulement par les oreilles pendant deux mois, et un mal d'yeux qui eut une plus courte durée; un peu plus tard, elle fut prise d'un spina-ventosa de la première phalange du quatrième doigt et, presque au même moment, d'un gonflement du coude; c'est une enfant blonde, qui paraît assez grande et assez vigoureuse pour son âge, et qui ne porte pas de glande au cou,

CONCLUSIONS.

1^o Sous le nom, discutable d'ailleurs, de périostite albumineuse, M. le professeur Ollier a décrit une affection du périoste, caractérisée par la production d'un liquide filant, visqueux, albumineux, contenant même parfois de la plasmine coagulable, riche en sels calcaires et offrant dans quelques cas des globules huileux;

2^o Cette lésion se développe surtout chez les jeunes sujets, aux extrémités épiphysaires, parfois cependant, au niveau de la diaphyse;

3^o Elle reconnaît pour causes prédisposantes:

le rhumatisme et la scrofule ; comme causes déterminantes : le froid, l'humidité, la fatigue excessive ;

4^o Tantôt elle atteindrait les couches superficielles du périoste ; tantôt, au contraire, les couches profondes de cette membrane et même l'os sous-jacent ;

5^o Elle affecte les symptômes et la marche soit de la périostite aiguë, soit de la périostite chronique ; toutefois, les phénomènes aigus paraissent avoir une intensité moindre que dans la périostite phlegmoneuse aiguë ordinaire ;

6^o Le diagnostic est fort difficile à formuler ; seule la ponction exploratrice permet d'affirmer l'existence de la maladie ; elle peut être confondue avec des épanchements dans les gânes synoviales ou dans les cavités articulaires, en particulier quand la lésion siège sur les épiphyses ;

7^o Le pronostic est grave, vu la durée du mal ; toutefois, elle pourrait se terminer par résolution ;

8^o Le traitement consiste à immobiliser le membre et établir une compression méthodique pour favoriser la résolution. Si la collection liquide augmente, si les douleurs sont intenses, il faut ouvrir la poche kystique et la faire suppurer, les injections antiseptiques doivent être utilisées, ainsi que le traitement général tonique.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

—o—

Anatomie et histologie normales. — Articulation du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Électricité atmosphérique, lésion produite par la foudre, paratonnere.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine; leur préparation, caractères primitifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification; des sangsues; décrire les diverses espèces d'hirudinées.

Pathologie externe. — Du glaucôme aigu.

Pathologie interne. — Des accidents de la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie Pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur de l'amputation de Chopart, de Syme, de Pirrogof, sous-astragalienne et sus-maléolaire sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant; caractères de sa pureté; des glycérolés comment les prépare-t-on?

Thérapeutique. — De la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée?

Accouchements. — Dela rupture spontanée des membranes.

Vu : bon à imprimer :

VERNEUIL, Président.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.